

Au final, l'outil doit permettre une meilleure prise en charge des patients atteints de paralysie cérébrale par une meilleure coordination des soins et un suivi épidémiologique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.082>

CO40-006-f

### Douleurs et soins en MPR

E. Viollet<sup>a,\*</sup>, A. Luigi<sup>a</sup>, J.-C. Daumet<sup>a</sup>, O. Bredeau<sup>b</sup>, A. Dupeyron<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de rééducation réadaptation polyvalente, CHU de Nîmes, place Robert-Debré, 30900 Nîmes, France

<sup>b</sup> Service d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU de Nîmes, Nîmes, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [emilie.viollet@chu-nimes.fr](mailto:emilie.viollet@chu-nimes.fr).

**Mots clés :** Douleurs induites par les soins ; Rééducation et douleur ; Évaluation des pratiques professionnelles

**Objectif.**— La douleur, lors d'une prise en charge rééducative, toutes pathologies confondues, a des répercussions sur déficiences et limitations d'activités. La difficulté de sa prise en charge en rééducation repose principalement sur la mobilisation nécessaire du patient mais aussi la présence de différents intervenants, dont les modes d'évaluation de la douleur diffèrent et l'adaptation, parfois différée, des traitements.

L'objectif de ce travail, première étape d'une évaluation des pratiques professionnelles, est de proposer un état des lieux concernant la satisfaction des patients et des soignants quant à la prise en charge de la douleur en service de rééducation polyvalente.

**Matériel et méthode.**— Un questionnaire, validé par le comité de lutte contre la douleur, évaluant la prise en charge de la douleur en service a été distribué à tous les soignants (IDE, aides soignants, agents de service hospitalier, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins) et à tous les patients admis sur une période de trois mois.

Ce questionnaire s'intéressait à plusieurs dimensions : le mode de recueil de l'information douloureuse, la transmission de cette information, la gestion de l'information douloureuse, l'adaptation des traitements suite à l'expression d'une douleur. L'analyse a été descriptive sous forme de pourcentage.

**Résultats.**— Trois sources d'insatisfaction ont été ciblées : la difficulté de recueil d'une information douloureuse sur un support simple et facile d'accès pour tous, la difficulté de transmission de cette information douloureuse, le manque d'information des patients sur la physiopathologie de la douleur.

Ainsi, il apparaît important de travailler autour de l'information douloureuse et du rôle du patient dans le recueil et la transmission de celle-ci pour améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la lutte contre la douleur, élément essentiel à une rééducation bien conduite.

**Discussion.**— La deuxième étape de cette évaluation consistera en la création, avec les équipes de soignants et de rééducateurs, d'un carnet personnalisé de recueil de l'information douloureuse au cours de la journée, plaçant ainsi le patient au centre de sa prise en charge.

*Pour en savoir plus*

Alami S, et al. Management of pain induced by exercise and mobilization during physical therapy programs: views of patients and care providers. BMC Musculoskelet Disord 2011;22:12–172.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.083>

CO40-007-f

### Étude du rôle de conseil du spécialiste en MPR auprès de patients engageant une procédure en réparation de dommages corporels, analyse de 20 dossiers

F. Metté<sup>a,\*</sup>, M.A. Ceccaldi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hôpital de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte

<sup>b</sup> Cabinet Preziosi-Ceccaldi, Mayotte

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [francois@mette.re](mailto:francois@mette.re).

**Mots clés :** Expertise; Dommage corporel; Indemnisation; Réadaptation

**Objectif.**— Nous analysons les vertus du décloisonnement entre filière de soins et filière indemnitaire dans la recherche de réadaptation du blessé.

**Population, méthode.**— Nous analysons les dossiers de 20 patients dont nous sommes conseil dans le cadre d'une procédure en réparation. Il s'agit d'une coupe transversale totale de la population concernée.

Nous relevons les éléments suivants :— sexe, âge de l'accidenté ;

— type et date de l'accident ;

— mode d'imputabilité ;

— mode de déclenchement du recours ;

— intervention du MPR conseil, valorisation de ses compétences ;

— intervention de l'avocat spécialisé, valorisation de ses compétences ;

— estimation du devenir du patient sans le recours ;

— financements des compétences ;

— actualité du dossier.

**Résultat.**— L'analyse démontre l'importance du spécialiste en MPR dans l'initiation, la constitution et le suivi des dossiers de recours en dommage corporel mais aussi son apport décisif dans l'évaluation médico-légale du handicap.

L'aspect financier qui retient souvent le corps médical doit être replacé dans sa véritable dimension de moyen de réadaptation et non de finalité.

**Discussion.**— Le MPR peut hésiter à s'engager pour des raisons relationnelles, professionnelles, voire contractuelles. L'existence d'une perspective d'indemnisation l'interroge sur l'étendue de sa mission.

Si la confraternité doit être la règle, elle n'est pas toujours facile à mettre en oeuvre avec les experts des assurances.

**Conclusion.**— La synergie MPR Avocat dans les dossiers de patients éligibles à une indemnisation favorise une optimisation des conditions de la réadaptation. La formation du MPR à l'indemnisation du dommage corporel est utile sinon indispensable et plus particulièrement lorsque le choix du patient s'est porté sur un avocat non-spécialiste.

*Pour en savoir plus*

Lambert-Faivre Y. Droit du dommage corporel ; Précis Dalloz, 6<sup>e</sup> éd., 2009, Dalloz.

Ceccaldi M et Delval C. « Expertise du grand handicap : le point de vue de l'avocat » ; Experts, juin 2010, p. 24 et s.

Laurent-Vannier A, Chevignard M, Ceccaldi M. « Spécificité de la prise en charge indemnitaire de l'enfant TC », Gaz-pal., n° 69 à 70, 9–10 mars 2012, p. 11 et s.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.084>

### English version

CO40-001-e

### Management of disability in general practice

S. Oustric

Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Rangueil, Toulouse, 133, route de Narbonne, 31062 Toulouse, France

E-mail address: [stephane.oustric@dung-toulouse.fr](mailto:stephane.oustric@dung-toulouse.fr).

**Keywords:** General practitioner; Disability; Organisation of health system

The role and place of the outpatient general practitioner in primary care of our health care system is defined precisely by the Article Art. L. 4130-1 of the HPST law.

Their missions include the following:

— contribute to the provision of community healthcare, by securing comprehensive care (prevention, screening, diagnosis, disease treatment and monitoring, health education) for patients;

— refer patients, as needed, to healthcare and social institutions;

— ensure coordination of healthcare necessary for patients;

— ensure access to individualized protocols and recommendations for diseases requiring prolonged care and contribute to chronic disease management, in cooperation with other professionals involved in patient care;

— ensure synthesis of the information provided by different healthcare professionals;

— contribute to initiating prevention and screening.

It is the intention of the legislator that the general practitioner plays a pivotal role in patient management, in order to ensure access to quality and safe care, in accordance with guidelines and best practices, for the entire the community and in relation with medical or social facilities.

On a daily basis, the main issues that arise for the general practitioner are:

- the initial understanding of disability to improve overall patient care;
- prepare and discuss the return home with the multidisciplinary professional team in accordance with family or caregivers;
- adapt the patient's overall needs (housing, equipment, participants, social and labor rights. . .) within the familial, social and occupational environment;
- ensure prevention and follow-up for disability-related complications.

Considering the impact of a full knowledge of the community and care environment, it is important to ensure optimal coordination between the general practitioner and other caregivers sharing the responsibility of full healthcare for disabled patients returning home.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.085>

CO40-002-e

### **Evaluation of cooperation between general practitioners and physical medicine and rehabilitation specialists**

C. Andriantsifanetra<sup>a,\*</sup>, F. Abramovici<sup>b</sup>, D. Tirmarche<sup>b</sup>, N. Bradai<sup>a</sup>, P. Sportouch<sup>a</sup>, A. Yelnik<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Service de MPR, groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-F.-Widal, AP-HP, université Paris-Diderot, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris, France

<sup>b</sup>Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris-6, site Saint-Antoine, 27, rue Chaligny, 75012 Paris, France

\*Corresponding author.

E-mail address: cedand\_1982@hotmail.com.

**Keywords:** General practitioner; Medical cooperation; Physical medicine and rehabilitation

**Introduction.**— GPs (which coordinates care) and PRMs (which provides healthcare solutions) have a key role in the disabled patient's management.

The study aims to assess the cooperation between the two specialties to identify the way it can be improved, in order to bring better care to disabled patients.

**Method.**— Telephone survey of 222 Parisians GPs.

**Results.**—

- PMR specialist isn't known by GPs;
- 57% GPs do not have PMRs in their network;
- PMR field of competence is poorly known by GPs;
- Quality exchange with PMRs: among the 94 MG with a PMR specialist in their network, exchange with the PMR was qualified as good for 58%; and poor or inexistant for 42% GPs.

To improve cooperation between both specialties, GPs suggest PRM specialty should be better known (activity, field of competence), so that GPs would more refer to PMRs.

**Conclusion.**— The GP is the first choice partner for disabled patients. The PMRs is the specialist with the knowledge and skills that bring them therapeutic solutions.

However, PMRs is not known and not used by GPs. That's why patients see their chances of being directed to a PMRs greatly diminished.

To improve cooperation between GPs and PMRs and optimize the path care of patients with disabilities, GPs must be aware of the existence and activity of the PMRs.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.086>

CO40-003-e

### **Study of expectations and satisfaction of general practitioners (GPs) in relation to a physical and rehabilitation medicine center**

J.-F. Grange<sup>a,\*</sup>, E. Soulas<sup>a</sup>, Y.-A. Vimont<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centre hospitalier de Chambéry, 7, square Massalaz, BP 1125, 73011 Chambéry cedex, France

<sup>b</sup>CRF Andre Lalande Noth, France

\*Corresponding author.

E-mail address: j.grange253@laposte.net.

**Keywords:** Physical and Rehabilitation Medicine; Primary care; Quality of care

**Introduction.**— The evolution of the French system of care puts the general practitioners (GPs) as the central spindle of the patient management. One of the foundations of Physical and Rehabilitation Medicine is to define a life plan coordinated in space and time. Are the primary care physician and the specialist structured at best in a perspective of efficiency and medical benefit improvement? In this way, we wished to evaluate expectations and satisfaction of GPs in relation to a Physical and Rehabilitation Medicine center from Limousin.

**Method.**— We asked 177 GPs by mail. The list comes from a research in the professional directories. It concerns all physicians practicing in the recruit base center. The questionnaire is in the form of audit in a first part, then in the form of open questions in a second one.

**Results.**— Thirty-six percent of interviewed physicians agreed to participate in our study. The satisfaction average is 7.5 to 10. There are numerous GPs expectations. Firstly they like to know the different physicians of the establishment and their fields of competence. In their view, the specialist of Physical and Rehabilitation Medicine has the function of expert and coordinator, and must define the role of each participant, including the GPs role in the care of the patient. They demand the development of outpatient consultations and the possibility of having a direct and simplified access in complete hospitalization. Finally, they underline the need to receive mails and reports in time adapted to their practice.

**Discussion.**— Our study notes the importance of integrating GPs into the development of life plan. It shows the necessity to open Physical and Rehabilitation Medicine structures to primary care. Improvement solutions are both in our personal practices and in regulatory changes, including the valorization of outpatient consultations.

**Further reading**

Beden C, Francois P, Caligula F, Beaudouin-Bertrand D. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. Grenoble: centre hospitalier universitaire; 2000.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.087>

CO40-004-e

### **Perception and manual wheelchair prescription multiple sclerosis by general practitioners in the North of France**

C. Donzé<sup>\*</sup>, M.-A. Guyot, H. Empis, S. Demaille

Service de MPR-GHICL, rue du Grand-But, 59462 Lomme, France

\*Corresponding author.

E-mail address: donze.cecile@ghicl.net.

**Keywords:** Multiple sclerosis; Manual wheelchair; General practitioners

**Background.**— Manual wheelchair (MW) has a negative image in multiple sclerosis (MS) synonymous for patients with a worsening of the disease. It loses all its goal of mobility assistance. General practitioners (GPs) through its involvement in medical, social and family life, remain the first contact in its prescription.

**Objective.**— Identify the behavior of GPs in north of France about mobility assessment, prescription, follow up and MW feeling in MS population.

**Method.**— Datas are collected from a questionnaire sent to 960 MG involved in the monitoring of MS patients joining the MS network in North of France (G-SEP).

**Results.**— Three hundred and one questionnaires were filled out. Among the GPs, 74.4% considered themselves able to assess loss of mobility related to MS. Eighty-five percent of GPs believed they have a role in prescribing MW in MS patients, 19.9% of GPs provide trials prior to MW prescription. A cushion to prevent pressure sores is prescribed by only 9.5% of GPs. Among them, 34.9% use expert medical advice. Young GPs were more "fear of what other" for their